

DES
AFFECTIONS DU GRAND ANGLE

Simulant une maladie des Voies lacrymales

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS-AMÉDÉE PEYROUX

Né le 29 Août 1872, à Peyrehorade (Landes)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

DES
AFFECTIONS DU GRAND ANGLE

Simulant une maladie des Voies lacrymales

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS-AMÉDÉE PEYROUX

Né le 29 Août 1872, à Peyrehorade (Landes).

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{ BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{ OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	{ PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	X.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER
Médecine légale.	POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	X.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAYET, Président; M. POLLOSSON (M.), Assesseur; MM. ROCHET et WEILL, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de vive affection et de profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES MEILLEURS AMIS

les D^r CABANNES, LASCOUTX et DEFOUG

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESPAGNET

A MES MAÎTRES

de l'École du Service de Santé Militaire

A MES MAÎTRES

des Facultés de Bordeaux et de Lyon

INTRODUCTION

Lorsque, au mois de juillet 1893, M. le professeur Gayet voulut bien, accédant à notre demande, nous indiquer comme pouvant être le sujet de notre thèse inaugurale une étude sur *les affections du grand angle simulant une maladie des voies lacrymales*, nous acceptâmes avec plaisir de l'entreprendre. Cette question intéressante nous semblait en effet avoir été négligée jusque-là tant au point de vue clinique qu'au point de vue théorique et nous espérons bien, nous devons l'avouer, non pas faire œuvre originale, mais réunir tout au moins en un chapitre homogène les vagues données que nous aurions pu recueillir çà et là et auxquelles nous aurions ajouté les connaissances qu'une année de recherches nous aurait permis d'acquérir.

Malgré notre grand désir de bien faire, nos espérances

ont été en partie déçues : puisse au moins notre modeste essai (nous le souhaitons vivement), attirer l'attention sur cette question si pleine d'intérêt.

Nous avons divisé notre travail en quatre chapitres :

Le premier formé par les observations que nous avons recueillies constituera une sorte d'historique ;

Nous envisagerons, dans le second, les rapports des voies d'excrétion des larmes avec les parties avoisinantes ; il nous suffira en effet ensuite de prendre chacune de ces parties en particulier, de montrer l'analogie très grande qui existe entre certaines des lésions qu'elle nous présente et des lésions des voies lacrymales, et notre troisième chapitre sera ainsi établi.

Le quatrième sera consacré tout entier au diagnostic différentiel.

Nous avons terminé par quelques considérations générales. Nous espérons qu'il ne nous sera pas reproché de nous être attardé sur ces considérations, car elles nous aideront à nous approcher davantage du but visé, c'est-à-dire à faire éviter une erreur de diagnostic, erreur dont les conséquences ne pourraient être que fâcheuses.

Et maintenant ce nous est un devoir très doux de nous acquitter des dettes que nous avons contractées ici. Qu'il nous soit donc permis de commencer par M. le professeur Gayet. Durant toute notre scolarité nous avons toujours trouvé auprès de ce savant maître un accueil des plus bienveillants. Il ne nous a ménagé ni son temps ni ses

conseils et c'est à ses cliniques que nous avons précieusement recueilli les quelques connaissances ophtalmologiques que nous possédons.

Que M. le professeur Gayet nous permette donc de lui exprimer publiquement aujourd'hui notre profonde reconnaissance. Nous le remercions aussi hautement du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Dans le cours de ces trois dernières années, nous avons eu, pendant nos grandes vacances, l'honneur et le plaisir de prêter notre humble concours à M. le D^r Despagnet, de Paris. Il nous a été facile d'apprécier, en même temps que le talent, les nombreuses qualités de cœur et la bonté toute paternelle de ce maître dévoué. A tous ces titres, et à bien d'autres encore, il a droit à toute notre reconnaissance, aussi sommes-nous doublement heureux de pouvoir en cette occasion lui témoigner tout d'abord notre vive affection et lui dire ensuite que nous ne l'oublierons jamais.

A la veille de quitter l'Ecole de Santé militaire, nous ne saurions le faire sans remercier ceux qui nous ont porté plus particulièrement de l'intérêt au cours de nos études médicales : nous prions alors M. le Médecin-Inspecteur Kelsch, notre éminent directeur, de vouloir bien recevoir, avec nos remerciements, l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Pendant nos trois années d'Ecole, M. le Médecin-

Major Hassler a été pour nous particulièrement bien veillant : nous l'en remercions vivement.

Nous avons eu la satisfaction de suivre presque pas à pas, pendant un an, dans ses visites d'hôpital M. le professeur Teissier : nous lui demanderons de lui parler simplement un peu ici, de l'affection que nous avons pour lui ; il peut être assuré aussi que nous garderons bien longtemps le souvenir des leçons cliniques si intéressantes qu'il faisait chaque jour au lit du malade.

Merci enfin à nos maîtres de Bordeaux, de Lyon et de l'Ecole du Service de Santé militaire, qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale.

Le 29 août 1894.

DES

AFFECTIONS DU GRAND ANGLE

Simulant une maladie des Voies lacrymales

CHAPITRE PREMIER

Observations.

Nombreuses sont, nous allons le voir plus loin, les affections qui siégeant à l'angle interne de l'œil peuvent simuler des lésions des voies lacrymales. Nombreuses aussi devraient être en conséquence, ce semble, les erreurs de diagnostic qui ont pu en résulter ; nous avons trouvé peu d'observations. Nos recherches ont peut-être été insuffisantes ; peut-être aussi toutes les erreurs n'ont-elles pas été publiées. Quoi qu'il en soit, nous publierons celles que nous avons recueillies en commençant par les plus anciennes. Nous aurons là déjà nettement indiquées quelques-unes des affections simulatrices.

OBSERVATION I

Dépôt au-devant du sac, pris pour un dépôt dans cette cavité. (Demours, *Mon journal*, 15 novembre 1799.)

M. de la Ch... eut une fluxion érysipélateuse sur l'os du nez : le gonflement assez considérable dura longtemps et s'étendit sous l'œil. Vers le milieu d'octobre 1799, il lui en survint une autre près de l'os de la pommette ; elle était dissipée depuis quinze jours, lorsqu'une troisième se manifesta au grand angle et à toute la paupière inférieure *au point de me faire prononcer que le siège principal du dépôt était dans le sac lacrymal, que c'était le véritable anchilops qui n'allait pas tarder à se convertir en ægilops* par la rupture du sac et du tissu cutané. Je conçus cependant quelques doutes en apprenant que le malade avait eu deux fluxions de même genre. Le cinquième jour, le gonflement était tellement circonscrit, que mes doutes étaient presque entièrement évanouis. Je fis une incision qui fut à peu près inutile. Il sortit peu de matière ; la tumeur ne se vida pas, comme je m'y attendais, *la croyant lacrymale*. Un nouveau point blanchâtre se manifesta le lendemain du côté de la commissure interne des paupières. L'injection faite par le point lacrymal passa librement dans le nez et je reconnus mon erreur.

Il est très rare de rencontrer une tumeur située hors du sac lacrymal et qui ait autant de ressemblance avec celles qui sont dues à un amas de matières dans l'intérieur du sac. Heureusement, il ne faut pendant les premiers jours, dans l'un et l'autre cas, que des cataplasmes émollients.

OBSERVATION II

(Desmarres. *Traité des maladies des yeux.*)

Un ouvrier d'environ trente ans se présente à ma clinique dans le commencement du dernier semestre de 1852. Il me raconte qu'il a été pris d'une violente inflammation du grand angle de l'œil gauche ; il y a trois mois que la peau s'est ouverte quelques jours, et que, depuis lors, il lui est resté l'ulcération que je vois. Il a consulté plusieurs médecins. *Tous lui ont proposé de l'opérer de sa fistule en lui disant que le traitement durerait peut-être six à huit mois*, et il ajoute qu'ayant besoin de son travail, il a reculé devant la proposition qui lui était faite.

J'examine de près l'ulcération, et je reconnais qu'elle présente de nombreuses sinuosités que le stylet ne peut pas facilement parcourir. Je presse sur ses bords ; rien ne reflue par les conduits d'ailleurs d'apparence normale et soupçonnant que le sac n'est pas intéressé, je pratique dans le conduit inférieur une injection qui passe tout entière dans la narine.

Complètement rassuré sur l'état du malade, j'enlève à coups de ciseau ce que je puis atteindre des bords de l'ulcération, puis j'en cautérise le fond avec du nitrate acide de mercure coupé avec dix parties d'eau. Huit jours après, la cicatrice était complète.

OBSERVATION III

(Guérin, rapportée par Desmarres, *Traité des maladies des yeux.*)

J'ai vu durer le traitement d'une fistule au grand angle près de trois mois ; on n'était point étonné de cette longueur,

parce que *la fistule passait pour lacrymale*. L'occasion me permit de désabuser les gens intéressés et de les convaincre ou de l'ignorance ou de la fourberie de celui qui s'était chargé de la cure. La fistule fut guérie en peu de jours.

OBSERVATION IV

(Desmarres, *Traité des maladies des yeux.*)

Le 24 décembre 1852, on apporta à ma clinique le garçon Mathieu, âgé de trois ans et demi, demeurant route de Montrenil, 143.

Cet enfant est atteint d'une ulcération fistuleuse de la peau au-dessous du tendon de l'orbiculaire. Depuis plus d'un mois, malgré les soins qu'il a reçus, la plaie ne se guérit pas et continue à donner du pus en petite quantité.

Je crus d'abord, comme les médecins présents, avoir affaire à une fistule lacrymale, mais quelques doutes s'étant élevés dans mon esprit, je pratiquai une injection et me convainquis que le sac lacrymal était sain.

Le malade se guérit complètement par les mêmes moyens et en quelques jours.

OBSERVATION V

(Desmarres, *Traité des maladies des yeux.*)

J'ai vu à ma clinique, il y a six ans, une femme âgée de soixante ans, autrefois infectée de syphilis, chez laquelle le grand angle de l'œil droit était largement ulcéré, le sac lacrymal, mis à nu, était détruit en partie ; *il est probable qu'au début on aurait pu prendre cette affection pour une dacryocystite suppurée comme cela est arrivé quelquefois.*

OBSERVATION VI

Ulcère syphilitique pris pour une fistule du sac lacrymal
(Mackenzie, *Traité des maladies des yeux*, 1856.)

On m'amena un garçon âgé de sept ans qui avait un ulcère de mauvais aspect, occupant une grande partie de la paupière inférieure droite. *Il avait été traité par un praticien qui l'avait considéré comme atteint d'une fistule du sac lacrymal* et avait enfoncé à travers l'ulcère une sonde dans la direction du canal nasal. Cette manœuvre avait beaucoup empiré l'état de l'ulcère. Je pensai d'abord qu'il s'agissait d'un ulcère scrofuleux ; mais m'apercevant au bout de quelques jours qu'au lieu de s'amender, il ne faisait que s'accroître sous l'influence des pansements adoucissants et de l'usage du sulfate de quinine à l'intérieur, je commençai à soupçonner un ulcère syphilitique ; en examinant la gorge j'aperçus un ulcère sordide sur le voile du palais. J'administrai au malade le calomel avec l'opium et sous l'influence de ce traitement, l'ulcère diminua rapidement et guérit avec un renversement considérable en dehors.

OBSERVATION VII

J'ai vu, dit Mackenzie en parlant du cancer des paupières, cette maladie développée sur le sac lacrymal confondue avec le dacryocystite. Un malade vint me trouver tout exprès pour que je lui introduisisse une bougie. Un autre portait déjà une bougie qu'il s'imaginait être tombée dans le canal nasal ; il voulait que je la lui enlevasse. Il n'y avait plus de bougie. Elle s'était probablement échappée par l'ouverture de la peau.

OBSERVATION VIII

(Béraud, *Archives générales de médecine*, 1855.)

J'ai eu une fois l'occasion de faire sur le cadavre la distinction entre une tumeur lacrymale due au développement d'un follicule muqueux du sac et un kyste dermique occupant le grand angle de l'œil.

C'était sur une vieille femme de soixante ans, cette tumeur était ovoïde, d'une longueur de 4 millimètres de bas en haut, et de 3 millimètres suivant le diamètre horizontal. Sa surface n'était pas bosselée, sa consistance était assez grande et la pression ne la faisait pas diminuer de volume.

En injectant un liquide dans les points lacrymaux on les trouve libres et ce même liquide arrive avec facilité dans la narine correspondante. Je me suis convaincu ensuite que cette tumeur était dans l'épaisseur de la peau et qu'elle était séparée du tendon de l'orbiculaire et de la paroi antérieure du sac par un tissu cellulaire filamenteux ; elle est totalement formée par une poche qui, par la déchirure, laisse échapper une matière blanche, caséuse, d'un aspect gras et onctueux, s'écrasant facilement.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de notre ami le Dr Mare.)

Dum... (Jean-Marie), cultivateur à Bellegarde (Loire), âgé de soixante-quatorze ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 13 février 1894, salle Sainte-Marthe, lit n° 16.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Depuis trois ans et demi son visage a enflé plusieurs fois et dès ce moment le malade s'est senti fatigué ; au commencement de novembre 1893, les deux yeux ont commencé à pleurer, le malade

a remarqué à l'angle interne de l'œil gauche une petite peau qu'il a réussi à faire sauter. Pendant quatre ou cinq jours, douleurs de tête qui disparaissaient ensuite définitivement ; vers le mois de janvier 1894 un petit trou par lequel s'écoulait un liquide blanchâtre apparaît au niveau de la commissure interne gauche. Depuis ce moment l'état local a continué à s'aggraver, le malade éprouvant des douleurs à ce niveau. A l'inspection, on remarque dans l'angle interne de l'œil gauche une tuméfaction rougeâtre siégeant au niveau du sac lacrymal. Elle s'étend obliquement de haut en bas, de dedans en dehors. Son grand axe mesure environ 2 centimètres. La commissure interne de l'œil gauche est fortement tirée en dedans et en arrière ; les deux points lacrymaux sont renversés en dedans. On voit un orifice à bords irréguliers siégeant à environ 5 millimètres en dedans de la commissure interne. Il est bordé sur sa partie inféro-interne par une croûte noirâtre.

A la palpation, il est difficile de localiser la tumeur. La pression ne fait pas écouler de liquide par les points lacrymaux. L'épreuve de la seringue d'Anel n'est pas faite.

A noter un ganglion préauriculaire très net à gauche, des ganglions sous-maxillaires et cervicaux des deux côtés.

Le diagnostic de dacryocystite suppurée avec fistule que nous avons porté était, paraît-il, erroné. Il s'agissait d'une ulcération cancéreuse de la peau du grand angle.

OBSERVATION X

Fistule dentaire simulant une fistule lacrymale.

L'orifice cutané communiqué par l'intermédiaire du sinus maxillaire avec une fistule alvéolaire (Parinaud, Archives générales de médecine, juin 1886).

Mal..., vingt-sept ans, gardien de la paix, se présente à mon dispensaire le 23 juin 1879 pour se faire traiter d'une

affection que plusieurs médecins lui ont *dit être une fistule lacrymale*.

Le malade donne les renseignements suivants sur le début des accidents.

Dans les premiers jours du mois de mars, léger mal de dents accompagné d'une fluxion à droite. Huit jours après, les douleurs deviennent intenses, et la tuméfaction de la joue est plus prononcée. A la suite d'un écoulement de pus par le nez la fluxion disparaît.

Le 22 mars, nouvelles douleurs dans la même région, nouvelle fluxion beaucoup plus forte, perte d'appétit, grande prostration avec fièvre. Après une huitaine de jours, ouverture d'un abcès au niveau de la première molaire. L'écoulement de pus par le nez persiste. La fluxion et les douleurs cessent de nouveau.

Vers la fin d'avril les accidents aigus se reproduisent un peu modifiés.

La joue est encore tuméfiée, mais les douleurs sont moins vives et n'ont pas les caractères de névralgie dentaire comme dans les premiers accès.

Huit jours après, formation d'un abcès près du grand angle de l'œil ; son ouverture laisse un orifice fistuleux. Le pus s'écoulait alors par les trois ouvertures cutanée, nasale et alvéolaire, mais la fistule gingivale ne tarda pas à se tarir.

Le 23 juin, je constate l'état suivant : ouverture fistuleuse entourée d'un léger bourrelet charnu au niveau du grand angle de l'œil droit, à 1 centimètre environ au-dessous du point lacrymal inférieur.

La tuméfaction des tissus environnants est un peu plus considérable que dans une fistule lacrymale ordinaire, mais elle ne s'étend pas dans la fosse canine et reste limitée au pourtour de l'orifice fistuleux. Le malade n'a jamais éprouvé de larmolement.

Une injection pratiquée par les points lacrymaux revient entièrement par le nez, mêlée d'un peu de pus, mais nullement par l'orifice fistuleux.

Poussée par cet orifice, l'injection revient également par le nez avec une grande quantité de pus.

L'exploration avec le stylet ne laisse aucun doute sur la communication de la fistule avec le sinus maxillaire. La communication avec les fosses nasales, par l'antre d'Higmore, rendue manifeste par les injections, est encore démontrée par ce fait que le malade, en faisant un effort, provoque l'écoulement du pus par l'ouverture cutanée.

La présence d'une petite quantité de pus, mêlé au liquide de l'injection pratiquée dans les points lacrymaux, tient au voisinage de l'orifice inférieur du canal nasal avec l'ouverture du sinus et ne suppose nullement que les voies lacrymales soient intéressées.

L'injection devient limpide, si l'on a eu soin de déterger préalablement les fosses nasales.

L'exploration de la bouche permet de découvrir un petit orifice fistuleux de la gencive, au niveau de la première molaire qui présente la coloration bleuâtre des caries profondes.

Depuis quelque temps il ne s'écoule plus de pus par cette fistule; le malade, du moins, n'en est pas incommodé et n'est préoccupé que de l'écoulement nasal.

Une injection, poussée par cette fistule alvéolaire, revient en partie par l'orifice cutané situé au niveau du sac lacrymal, en partie par les fosses nasales.

La communication par l'intermédiaire du sinus, des trois ouvertures cutanée, nasale et alvéolaire, l'intégrité des voies lacrymales, et l'origine dentaire des accidents se trouvaient ainsi parfaitement établies.

Le traitement a consisté, outre l'avulsion de la dent malade, en injections fréquentes, pratiquées avec une solution alcoolique ou phéniquée.

Pendant un mois l'amélioration a été peu prononcée, mais après l'issue d'une esquille par les fosses nasales, elle a été très rapide et la guérison a été complète deux mois après le début du traitement.

OBSERVATION XI

Fistule lacrymale pénétrant dans le sinus maxillaire droit (Jourdain, Traité des maladies de la bouche).

En 1760, un particulier vint me consulter pour une mauvaise odeur qu'il avait dans le nez et pour du pus qu'il mou-
chait. On le soupçonnait attaqué d'un ozène. Je vis le pus dans son mouchoir. *Ce malade était attaqué d'une fistule lacrymale* et les progrès de la carie avaient occasionné une perte assez considérable du canal nasal. La fistule externe avait le calibre d'une plume ordinaire. Quand le malade aspirait, la bouche et le nez fermés, le pus remontait par cette ouverture, et dès qu'il inspirait, le pus descendait ; il sentait une espèce d'égout qui se formait dans la narine.

J'observai si cet écoulement ne se faisait pas par le cornet inférieur. Il avait lieu, à la vérité, par cet endroit. Mais le plus fort écoulement était supérieur ; d'ailleurs le pus gagnait plutôt le côté de la gorge que la partie antérieure et inférieure de la narine. Ce phénomène me donna lieu de soupçonner qu'il y avait communication de la fistule lacrymale avec le sinus parce qu'en effet l'ouverture de ce dernier se jette bien plus à la partie postérieure des narines qu'à leur partie antérieure.

Je sondai la fistule externe, ayant eu le soin de courber mon stylet suivant la direction qu'il devait avoir pour se jeter du côté du sinus, dans lequel j'entrai, et duquel je ramenai du pus. Bien convaincu du fait, j'assurai le malade que, bien loin de guérir il s'exposait à des accidents des plus graves s'il ne se déterminait pas à consentir qu'on donnât une issue à cette matière qui ne pouvait pas remonter, et que ma proposition ne pouvait avoir d'effet salutaire que par l'extraction d'une des dents qui répondait directement à la cavité qui retenait le pus.

La perte d'une bonne dent le fit hésiter pendant quelque temps : il en conféra avec la personne qui lui donnait des soins. Nous en conférâmes ensemble, nous examinâmes l'état des parties, et enfin il fallut céder à mon avis. J'ôtai la seconde grosse molaire dont une des racines pénétrait dans le sinus. Il s'évacua un peu de pus par cette ouverture ; mais comme cette dernière était trop petite je l'agrandis avec un trois quart ; le pus vint alors avec assez d'abondance. Je fis des injections par cette ouverture : une partie ressortit par la fistule externe et l'autre se perdit dans le nez. Je réitérai cette opération par la fistule externe : une partie de l'injection se précipita par l'ouverture alvéolaire et le reste se perdit dans le nez.

Dans cet état, je remis le malade entre les mains de celui qui lui avait déjà donné des soins bien étendus. Au bout de deux mois ce malade vint me voir : il était parfaitement bien guéri.

OBSERVATION XII

Cirincione, rapportée par Panas, *Traité des maladies des yeux*, 1894, t. II.

Kyste prélacrymal confondu avec une mucocèle.

CHAPITRE II

Rapports des voies lacrymales et du sac en particulier.

Si l'histologie des voies lacrymales ne nous intéresse guère, dans cette étude, il n'en est pas de même de leurs rapports. (C'est en effet seulement en avant ou en dedans du sac que peuvent se trouver les lésions capables de simuler des affections lacrymales.) Ils nous permettront de procéder avec méthode ; ils permettront aussi de comprendre combien il est facile de commettre une erreur de diagnostic ; nous essayerons donc de les indiquer nettement, tout en étant très bref.

De la lèvre postérieure du bord libre des paupières partent deux points, regardant l'un, le supérieur, en bas, l'autre, l'inférieur, en haut et en dedans. Ce sont les points lacrymaux. Leur ouverture qui est d'environ $\frac{1}{4}$ de millimètre plonge dans le lac lacrymal, ce nom étant donné à l'espace triangulaire compris entre la partie interne des deux paupières qui est dépourvue de cils.

Aux points lacrymaux font suite les conduits et tandis que Heinlein distingue dans leur trajet du point au sac quatre portions (verticale, arquée, horizontalement inclinée, canal commun), Testut en distingue seulement deux, l'une verticale, l'autre horizontale. Ils se réunissent ensuite tous deux en un canal commun qui « chemine en arrière du ligament palpébral interne et s'abouche dans le sac un peu en arrière ».

Points et conduits sont contenus dans l'épaisseur des paupières. En effet, si, allant de la superficie à la profondeur, nous étudions la constitution d'une paupière, nous rencontrons tout d'abord la peau avec de nombreuses glandes sudoripares. Au-dessous, le tissu cellulaire sous-cutané dont la distension facile permettra le gonflement dès qu'il y aura un peu de pus. Vient ensuite la couche musculaire puis exactement au-dessous les cartilages torses sur les bords ciliaires desquels se rencontrent les points lacrymaux, cartilages terminés par deux ligaments dont l'un, le ligament palpébral interne vient s'insérer sur la branche montante du maxillaire supérieur, immédiatement en avant du sac (tendon direct de l'orbiculaire) l'autre, l'externe, s'insérant en dehors. Des cartilages torses se détachent les ligaments larges, ils viennent s'insérer en dedans sur la crête de l'os unguis, en arrière du sac. Au-dessous d'eux se trouve une couche musculaire puis la conjonctive. Donc, sac et conduits lacrymaux sont dans l'épaisseur des paupières.

Le sac lacrymal dans lequel, nous l'avons vu plus haut, viennent se terminer les conduits, est situé sur la paroi interne de l'orbite dans la gouttière que lui ménagent la branche montante du maxillaire supérieur en avant,

l'os unguis en arrière, gouttière dont ces deux os forment d'ailleurs le fond. Oblique de haut en bas, d'avant en arrière il se termine en haut en cul-de-sac et se continue en bas avec le canal nasal. Il mesure environ 13 millimètres de longueur, 4 ou 5 de largeur. Il a une forme cylindroïde, légèrement aplatie toutefois d'avant en arrière. Au point de vue de ses rapports, nous ne saurions mieux faire que de donner la description de Testut. Il lui considère quatre faces qui « se distinguent en antérieure, postérieure, interne et externe ».

« La face antérieure est en rapport immédiat avec le tendon direct de l'orbiculaire et avec les faisceaux d'origine de ce muscle. Sur ce premier plan vient s'étaler une couche de tissu cellulaire généralement fort mince et sur cette couche cellulaire, la peau de la commissure interne des paupières. Le tendon direct de l'orbiculaire répond à la partie supérieure du sac et divise ce dernier en deux portions fort inégales : au-dessus de lui et ne le dépassant que de deux millimètres se dresse le cul-de-sac terminal ; au-dessous se trouve une bonne moitié, la moitié inférieure du sac lacrymal. Cette moitié inférieure est libre et comme elle n'est soutenue par aucun plan résistant, elle se distend et bombe en avant toutes les fois qu'une circonstance quelconque vient accroître la pression intérieure au delà des limites normales.

« La face postérieure du sac lacrymal répond au tendon réfléchi de l'orbiculaire doublé du muscle de Horner. Au-dessus et au-dessous de ce tendon le sac entre en contact avec le septum orbitale qui s'insère sur la crête de l'unguis et qui le sépare ainsi du tissu celluloadipeux de l'orbite.

« La face externe est située dans l'angle dièdre que forment en s'écartant l'un de l'autre le tendon direct et le tendon réfléchi de l'orbiculaire.

La face interne enfin est couchée dans la gouttière lacrymo-nasale et répond par conséquent à la branche montante du maxillaire supérieur et à l'unguis. Ces parties osseuses sont naturellement recouvertes par le périoste et nous ferons remarquer qu'une couche de tissu plus ou moins dense unit à ce niveau le sac lacrymal et la lame périostale. »

Nous ajouterons qu'à sa partie supérieure le sac est séparé des cellules ethmoïdales antérieures par une lamelle osseuse. Le canal nasal le continue à partir du rebord orbitaire.

Voilà sans doute les rapports directs. Il importe cependant avant de terminer de citer des rapports de voisinage, indirects il est vrai, mais qui n'en ont pas moins une grande importance : nous voulons parler de l'existence au voisinage du sac du sinus frontal. On désigne sous ce nom cette cavité située à la partie antérieure et inférieure de l'os frontal, au-dessus et en dedans de l'orbite. N'existant pas à la naissance cette cavité envoie plus tard des prolongements vers la fosse temporale en haut, vers l'apophyse orbitaire externe en dehors. Elle est tapissée d'une muqueuse qui se continue avec la muqueuse pituitaire.

Nous signalerons aussi le voisinage du sinus maxillaire au-dessous de l'orbite et enfin l'existence sur l'os maxillaire supérieur, au-devant du point où commence le canal nasal de deux ou trois petits pertuis qui, se continuant dans l'intérieur de l'os, viennent s'ouvrir dans les alvéoles dentaires. Nous en reparlerons plus tard.

CHAPITRE III

Lésions ou affections siégeant au niveau de la commissure interne des paupières et pouvant simuler une lésion des voies lacrymales.

Persónne ne trouvera étonnant, nous le supposons du moins, qu'on ait pu et qu'on puisse confondre une lésion palpébrale, orbitaire ou autre siégeant au niveau de la commissure interne des paupières avec une maladie lacrymale : les observations qui précèdent sont là pour attester sinon de la grande fréquence, du moins de la possibilité de cette confusion. Nous essaierons dans ce chapitre de faire une étude simple, mais cependant aussi complète que possible de ces lésions simulatrices.

Nous avons vu quels étaient les rapports anatomiques des voies d'excrétion des larmes. Nous serons donc conduit tout naturellement à rechercher ces lésions dans ces parties avoisinantes. Envisageant chacune de ces parties, nous montrerons l'analogie très grande qui existe entre la lé-

sion simulatrice et la simulée. Nous commencerons tout d'abord par les paupières.

I. PAUPIÈRES

On rencontre, au niveau de la commissure interne des paupières, assez fréquemment des affections traumatiques, inflammatoires, néoplasiques ou enfin congénitales. Les premières sont faciles à distinguer et n'admettent pas d'erreur. Nous ne pouvons pas malheureusement en dire autant des trois autres.

Inflammation. — Examinons la simple inflammation, le phlegmon des paupières limité à la commissure interne. On voit la peau du grand angle qui rougit, devient douloureuse, se tuméfie dans une étendue ordinairement limitée, en haut par le tendon de l'orbiculaire et en dedans par le dos du nez. Les parties voisines sont plus ou moins cedématisées. Les paupières deviennent rouges, l'œil larmoyant et une sécrétion assez abondante fournie par la conjonctive vient se coller aux cils. Que peut-on donc penser en présence de ces symptômes, sinon que le sac lacrymal s'est enflammé et que l'on a affaire à l'inflammation aiguë de cet organe?

Abcès. — Mais l'inflammation augmente, le centre rougit et s'élève. Les paupières rougissent davantage, les conjonctives sont baignées de larmes et de mucosités très abondantes. Enfin, la peau s'élève de plus en plus, devient tendue, luisante, en même temps que la rougeur en est plus foncée. On sent une fluctuation assez nette, et l'on aperçoit plus ou moins loin du tendon de l'orbiculaire, or-

dinairement dans la région du sac un point jaunâtre, ramolli, qui va bientôt donner issue au pus. N'avons-nous pas encore ici toute la symptomatologie du phlegmon du sac lacrymal que nous avons vu débiter et qui continue son évolution ?

Ulcération fistuleuse. — Revenons à notre abcès dont la peau est tendue, luisante, à notre abcès fluctuant. Il s'ouvre seul, il s'écoule du pus et la peau amincie et décollée dans une étendue plus ou moins considérable, présente une ulcération à bords frangés renversés en dehors, de couleur sombre et offrant un trajet fistuleux. Les parties voisines sont engorgées plus ou moins loin. Dès que le pus s'est évacué, les douleurs cessent complètement, puis les phénomènes inflammatoires s'apaisent à leur tour. Ce troisième stade de notre inflammation simule exactement le troisième stade de la dacryocystite phlegmoneuse qui a établi une communication directe avec l'air extérieur en perforant la peau, une fistule lacrymale.

Processus, siège, symptômes tout est identique dans les deux cas. La fistule lacrymale simple s'établit comme s'ouvre simplement notre abcès; l'orifice fistulaire est toujours situé au-dessous du ligament palpébral interne; les bords de la fistule sont enfin renversés en dehors, tandis que la peau est, au voisinage, d'une rougeur érysipélateuse.

Furoncle ou Anchilops. — A ce phlegmon proprement dit des paupières, il convient de rattacher l'anchilops des anciens, sorte de tumeur située dans le grand angle de l'œil. J. Cloquet en distingue deux variétés : la première, l'anchilops inflammatoire n'est autre qu'un petit phlegmon ou furoncle des paupières. Rouge, douloureux, il

présente tous les caractères d'une tumeur inflammatoire dans sa marche qui est aiguë, dans sa terminaison par suppuration. Son siège au-devant du sac dans le grand angle et ses symptômes lui feront simuler une tumeur lacrymale.

Une seconde variété, l'anchilops enkysté est formée par une tumeur cystique arrondie, dure, souvent indolente, circonscrite, sans changement de couleur à la peau, qui varie, pour le volume, depuis celui d'un pois, jusqu'à celui d'une noisette, se développe d'une manière lente et insensible, siège au-dessous de l'orbiculaire. N'est-ce pas là ou plutôt ne croirait-on pas reconnaître là cette tumeur lacrymale due au développement d'un follicule muqueux du sac et dont Béraud nous a donné la symptomatologie?

Erysipèle. — L'érysipèle peut fort bien débiter ou rester limité à la paupière envahissant un peu l'angle interne. On remarque alors une tuméfaction rouge pâle, disparaissant à la compression, accompagnée d'une douleur plus ou moins violente, plus ou moins pulsative. La joue est gonflée, l'inflammation peut déterminer la suppuration et la mortification de la couche celluleuse sous-cutanée. Le pus peut se former aussi bien au-dessous du tendon orbiculaire qu'en dehors de lui et l'on croit se trouver alors en présence d'un phlegmon du sac. La peau vient-elle à céder? On en conclut alors aussitôt à une fistule lacrymale.

Gomme et ulcération syphilitique des paupières. — Deux accidents de la syphilis peuvent encore être ajoutés à la liste des lésions simulatrices : nous avons nommé la gomme et l'ulcération syphilitique des paupières. La gomme en premier lieu siégeant au niveau de l'angle

interne n'est pas rare et elle simule d'une façon surprenante le phlegmon du sac. Quant à l'ulcération, il faut se tenir en garde dit Mackenzie : on a en effet confondu quelquefois l'ulcération située près de l'angle interne avec la dacryocystite.

Ces ulcérations se développent soit sur le bord libre des paupières, soit sur les téguments où elles donnent lieu rapidement à la formation d'un ulcère profond et sordide.

Epithélioma ou Cancroïde. — Le cancroïde des paupières siège le plus souvent au niveau de la commissure interne. Débutant le plus souvent par le derme, il ne tarde pas à s'ulcérer rapidement, rappelant alors ou tendant plutôt à simuler la dacryocystite suppurée avec fistule.

Kystes. — Nous arrivons maintenant à une catégorie de tumeurs qui, sous trois aspects différents, se présentent le plus souvent au niveau de la commissure interne des paupières, exactement au-devant du sac lacrymal, et cela très fréquemment. Nous voulons parler des kystes prélacrymaux, des kystes sébacés, et enfin des kystes dermoïdes.

Kystes prélacrymaux. — Dans son *Traité des maladies des yeux*, Desmarres dit qu'on rencontre dans le grand angle de l'œil « certaines tumeurs enkystées que leurs caractères, leur volume, le lieu qu'elles occupent, la fluctuation qu'on y remarque peuvent faire prendre tout d'abord pour des tumeurs lacrymales anciennes et spécialement pour la variété que l'on a nommée tumeur lacrymale enkystée ou mucocèle ». Nous croyons reconnaître dans ces tumeurs enkystées cette variété de tumeurs que Verneuil a signalées le 26 décembre 1877, à la Société de Chirurgie, sous le nom de kystes prélacrymaux à contenu

huileux. Siégeant exactement au-devant du sac, du volume d'une fève, ces kystes ne sont jamais douloureux. La couleur des téguments qui les recouvre a peu ou pas changé. A la pression la tumeur ne change pas de volume. N'avons-nous pas sous les yeux tous les symptômes de la mucocèle ?

Kystes sébacés. — Nous devons rapprocher des kystes prélacrymaux les kystes sébacés. Développés dans le follicule pileux, ces kystes peuvent être observés du côté du nez, au-dessus de la suture du frontal avec l'os unguis et les os propres du nez. De la grosseur d'une fève, indolores, n'altérant pas la peau qui les recouvre, ils nous représentent encore la mucocèle. Le contenu en est plus ou moins fluide et, par suite, la résistance plus ou moins dure, suivant la nature de la graisse qui entre dans leur composition.

Kystes dermoïdes. — Nous ne ferons que citer les kystes folliculaires décrits par de Wecker. Ils se rattachent d'après M. Berlin aux kystes dermoïdes tout comme d'ailleurs les kystes prélacrymaux (le contenu des kystes orbitaires pouvant en effet, d'après Verneuil, se fluidifier et devenir oléagineux comme celui des kystes sourciliers), aussi nous allons insister un peu maintenant sur ces kystes dermoïdes qui, se rattachant soit aux paupières, soit à l'orbite, reconnaissent une même origine.

La face, nous le savons, se développe chez l'homme aux dépens d'un appareil transitoire désigné sous le nom d'appareil branchial. Vers le quinzième jour de la grossesse intra-utérine apparaissent de chaque côté successivement quatre bourgeons nés des vertèbres céphaliques. Par un développement rapide, ces bourgeons s'avancent de chaque

côté de la face antérieure et inférieure de l'extrémité céphalique repoussant dans leur progression les feuillets épithéliaux qui les recouvrent. Ils forment ainsi de minces languettes arquées. Ce sont les arcs branchiaux. Entre eux sont des intervalles transversaux : comme les arcs, il y aura quatre fentes branchiales. Toutes ces fentes sont destinées à s'oblitérer ; si cette oblitération est vicieuse, il y aura du tissu épithélial enclavé, et ce tissu pourra devenir le point de départ de kystes. Or, une des fentes signalées plus haut nous intéresse ici particulièrement : c'est la fronto-maxillaire dont les traces persistantes chez l'adulte apparaissent sous forme d'une ligne sinueuse située sur le plancher inférieur de l'orbite et reliant la soudure de la branche montante du maxillaire supérieur avec le frontal, à celle de l'os malaire avec l'apophyse externe du frontal. C'est à ses deux extrémités que se développent les kystes dermoïdes intra ou périorbitaires. Nous n'insisterons pas davantage sur la pathogénie de ces kystes, car nous semblerions oublier notre sujet. Que nous adoptions la théorie de l'inclusion de Verneuil, que nous adoptions la théorie de la néoformation de Larger, peu importe ; il y a un fait évident : c'est que ces kystes peuvent apparaître au-devant du sac lacrymal.

Irréductibles, uniformément arrondis, sans bosselures, ils n'entraînent pas de changement de coloration de la peau qui glisse librement sur eux. Comprimant quelquefois le sac, ils peuvent provoquer de l'épiphora : ne pourrait-on pas croire encore alors à une mucocèle ?

II. ORBITE

Méningo-encéphalocèle. — Et maintenant, nous allons citer une affection simulatrice qui naissant ou plutôt semblant naître de la paroi interne de l'orbite, peut entraîner en même temps qu'une erreur de diagnostic, les conséquences les plus funestes, si l'intervention a été décidée : il s'agit de la hernie du cerveau à travers la cloison orbitaire, du méningo-encéphalocèle. Comme il est facile de le comprendre, cette hernie ne peut se produire que par suite d'une occlusion défectueuse des sutures des os qui forment la paroi interne. La malformation de l'unguis toutefois, l'absence d'une partie de la branche montante du maxillaire supérieur peuvent néanmoins lui donner aussi naissance. Voilà donc qu'un beau jour un sujet nous arrive portant au niveau de l'angle interne une petite tumeur du volume d'une noisette, de forme ovalaire. La peau est lisse et mobile au-dessus. La coloration n'a pas changé. Il n'y a pas de douleurs. Pourquoi ne pas songer à la mucocèle surtout si, comme dans les cas précédents, la compression du sac a provoqué de l'épiphora ?

Supposons que l'ouverture congénitale qui a permis à la hernie de se faire vienne à se refermer à la suite d'une nouvelle prolifération osseuse. La hernie sera emprisonnée et l'on aura un *kyste par occlusion* qui simulera aussi bien que l'encéphalocèle, la mucocèle ordinaire.

Ostéo-périostite. — Nous ne parlerons pas ici de l'ostéo-périostite aiguë dont l'évolution rapide et la netteté des symptômes rendent le diagnostic facile. Il s'agit sim-

plement de l'ostéo-périostite chronique, sous la dépendance de la tuberculose et de la syphilis. Le petit volume de la masse, sa situation au-devant du sac, dans l'ostéo-périostite du maxillaire supérieur, l'absence de douleurs et de retentissement du côté des téguments pourraient faire oublier qu'il s'agit de tuberculose osseuse ou de syphilis.

Exostoses et périostoses. — Il arrive fréquemment que des exostoses et des périostoses occupant l'orifice supérieur du canal nasal viennent faire saillie au-devant du sac lacrymal. C'est ainsi que Demours, dans son *Traité des maladies des yeux*, cite le cas de M^{me} T..., de Boulogne, qui eut, dans l'été de 1816, une tumeur lacrymale avec une petite crête osseuse au rebord orbitaire au-devant du sac. Le diagnostic était sans doute facile, la crête se sentant au doigt, mais que l'exostose prélacrymale soit arrondie (ce qui arrive parfaitement); qu'elle comprime le sac lacrymal, entraînant ainsi de l'épiphora; le diagnostic deviendra plus difficile. Il en sera de même des hyperostoses syphilitiques qui ont pour point de départ l'apophyse montante du maxillaire supérieur et dont parle Tavignot, des exostoses prélacrymales de la branche montante dont parle Lagneau fils : le siège profond de la tumeur osseuse pourra la faire méconnaître.

III. MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Fistules dentaires. — Le pus qui a son origine dans une dent malade peut, dans certains cas, sortir dans le voisinage du sac lacrymal, y entretenir un état fistuleux et faire croire à une affection primitive des voies lacry-

males. Les deux observations citées plus haut montrent en effet deux erreurs de diagnostic : dans celle de Parinaud le diagnostic n'a été définitivement exact qu'après qu'on a eu établi, à l'aide d'injections, d'une part la perméabilité du canal nasal, d'autre part la communication entre la fistule cutanée et la fistule alvéolaire.

Dans celle de Jourdain, il n'est pas parlé de la perméabilité du canal nasal, le larmolement n'est pas signalé et rien ne prouve que les voies lacrymales fussent intéressées.

IV. SINUS FRONTAL

Empyème. — Souvent dans l'empyème du sinus frontal, le périoste peut s'enflammer à la paroi inférieure et il en résulte une collection purulente extra-sinusique, un abcès circumvoisin. La marche de l'affection étant chronique et s'accompagnant presque toujours de larmolement, il peut arriver, quand l'abcès forme une tuméfaction au grand angle de l'œil qu'on croit avoir affaire à une tumeur lacrymale.

CHAPITRE IV

Diagnostic différentiel.

Nous avons été frappé, en parcourant les divers traités d'ophtalmologie de voir que, dans aucun d'eux, il n'est fait aucune étude approfondie des signes qui permettent d'établir un diagnostic différentiel entre une lésion lacrymale et chacune des lésions simulatrices si nombreuses que nous avons énumérées. Beaucoup d'auteurs les passent sous silence; quelques-uns se contentent de dire, sans beaucoup insister, qu'une petite confusion peut être faite quelquefois. Desmarres, le premier, consacre, dans son *Traité*, un chapitre entier aux lésions de l'angle interne de l'œil. Le premier il fait remarquer que « le grand angle de l'œil, plus fréquemment peut-être que d'autres parties de la face, est atteint de maladies diverses, presque toutes légères, il est vrai, sauf les affections cancéreuses et qui prennent un intérêt véritable aux yeux du praticien à cause du voisinage du sac lacrymal et de ses conduits. Quelques-unes de ces maladies peuvent être en

effet facilement confondues les unes avec les inflammations aiguës du sac et les fistules, les autres avec les tumeurs lacrymales. »

A notre avis, les signes de diagnostic différentiel doivent être divisés en deux catégories bien distinctes. Dans la deuxième, la moins importante, nous ferons entrer un ensemble de signes qui nous permettront, dans le doute, non pas de trancher entre telle lésion simulatrice déterminée et telle lésion simulée également déterminée, mais seulement de soupçonner la possibilité d'une affection lacrymale chez l'individu qui les présentera. Ce seront là les *signes de probabilité*.

Dans la première catégorie nous allons étudier successivement les signes de diagnostic différentiel entre chacune des affections que nous avons vues dans le précédent chapitre et la maladie lacrymale qu'elle simule. Nous les appellerons *signes de certitude* par opposition aux précédents.

I. SIGNES DE CERTITUDE

1° *Paupières.*

Inflammation. — Ici, comme dans le phlegmon du sac, la peau est rouge et la région tuméfiée; le toucher révèle seulement dès le début au milieu de la rougeur diffuse un point induré. Ce noyau s'agrandit à mesure que le gonflement augmente. Il ne reflue rien par les points lacrymaux, à la pression. Ces signes ne suffisent cependant pas à éliminer le phlegmon du sac : il y a des fois, en effet, où il

ne reflue rien non plus à la pression, dans cette affection (quand la peau est trop tendue ou l'inflammation trop vive). On interrogera alors le malade. L'œil était-il larmoyant avant l'inflammation ? on pensera à une maladie du sac : il faut cependant se méfier, car beaucoup de malades s'observent mal. L'injection par les points lacrymaux à l'aide de la seringue d'Anel lèvera tous les doutes. Si l'eau passe dans la narine, on devra conclure que le sac est intact. Il est un signe connu sous le nom de signe de Nélaton qui aidera encore au diagnostic : la narine est généralement rétrécie du côté où on a une tumeur lacrymale, par suite de la contraction spasmodique et permanente de ses muscles constricteurs.

Abcès de la peau et du tissu cellulaire du grand angle. — Le malade a toujours, dans ce cas, la narine très humide et est obligé de se moucher. Si le sac est malade, on fera sortir du pus par les points lacrymaux en pressant sur la tumeur ; s'il n'est pas malade, il ne sortira rien. Si le sac est malade, l'injection ne passera pas ; sinon, elle passera. Toutefois, elle peut ne pas passer bien que le sac ne soit pas atteint et simplement parce qu'il est comprimé ; on ponctionnera alors, si on a des doutes, légèrement et dans une très petite étendue. On recommencera l'injection par les points lacrymaux : si le sac n'est pas touché, le liquide passera dans la narine, puisqu'il n'est ni obstrué, ni comprimé. Si, au contraire, le liquide injecté passe par l'ouverture de la ponction, le diagnostic de lésion du sac s'imposera.

Ulcération fistuleuse de la peau du grand angle. — La fistule de la peau du grand angle ressemble à s'y méprendre de la façon la plus complète à la fistule lacrymale ;

quatre signes nous permettront cependant d'arriver au diagnostic :

1° Le malade n'a jamais eu aucun vice d'organisation des voies lacrymales ;

2° La tumeur inflammatoire et le foyer purulent qui lui a fait suite étaient immédiatement situés sous la peau ;

3° Le sac lacrymal est, dans toute sa circonférence, non fluctuant, tandis qu'une tumeur inflammatoire présente tout le contraire ;

4° Injections par les points lacrymaux.

Anchilops. — Mêmes signes que pour l'inflammation de la peau du grand angle.

Érysipèle. — Deux caractères locaux permettront de ne pas le confondre avec le phlegmon du sac : tout autour de la plaque érysipélateuse se rencontre en effet un bourrelet limitant. De plus, en second lieu, la plaque s'étend en général sur la moitié opposée de la face. Le diagnostic repose encore sur l'épiphora de longue durée qui a précédé le phlegmon et la possibilité de faire refluer le pus crémeux par les points lacrymaux en pressant sur le sac. Enfin, dans l'érysipèle il y a engorgement des ganglions sous-maxillaires et préauriculaires, parfois parotidiens.

Ulcération syphilitique des paupières. — Quand l'ulcération aura persisté pendant des semaines ou des mois, il faudra se méfier de la syphilis. La couleur jambon, les bords déchiquetés, la superficie de la fistule viendront encore plaider la syphilis. Les ganglions préauriculaires pourront enfin la trahir aussi.

Cancroïde. — L'âge (de quarante à soixante ans), le sexe (on le rencontre le plus souvent chez l'homme), l'hérédité enfin pourront nous aider à le reconnaître. Il faut

savoir aussi qu'il débute ordinairement par le bord ciliaire des paupières.

Kystes prélacrymaux. — La mobilité de la tumeur sur les parties profondes, sa transparence, son apparition dès la première enfance, enfin la perméabilité des voies lacrymales nous permettront de ne pas nous laisser induire en erreur. De plus, le kyste sera toujours dur, la mucocèle pouvant être, au contraire, tantôt molle, tantôt dure.

Kystes dermoïdes. — Leur congénialité sera un excellent signe de diagnostic. On pourra aussi parvenir à sentir le pédicule qui les accompagne le plus souvent.

2^e Orbite.

Méningo-encéphalocèle. — Les signes de diagnostic différentiel qui nous permettront de le séparer de la dilatation hydropique du sac sont tirés de la constitution même de la tumeur.

Cette tumeur, nous l'avons vu, est formée par la hernie à travers la solution de continuité congénitale des sutures des os de la paroi interne de l'orbite, des membranes du cerveau. Le plus souvent cette ouverture ne se comble pas, l'os ayant subi un arrêt de développement. On pourra donc, par la compression, réduire sinon totalement, du moins en partie son volume et cela sans qu'il y ait, bien entendu, la moindre issue de liquide par les points lacrymaux ou le canal nasal. Si, au contraire, on fait prendre au malade une position telle que la tumeur soit placée au point le plus déclive et cela pendant un certain temps, on

verra la communication avec la cavité encéphalique s'accroître par une augmentation de volume.

La fluctuation est très nette, beaucoup plus que dans l'hydropisie du sac.

Le méningo-encéphalocèle présente des battements isochrones aux pulsations artérielles ; difficiles à percevoir à l'état normal, ils deviennent facilement perceptibles si l'on a recours au procédé de Régnier : on mouillera la tumeur et alors la surface miroitante trahira les moindres mouvements qui se passent au-dessous.

Enfin, bien que quelquefois l'origine congénitale de la tumeur n'ait pas été remarquée par les parents du sujet qui en est porteur, le plus souvent il n'en est pas ainsi et la congénialité constituera alors un dernier signe de diagnostic bien net.

Nous mentionnerons la ponction exploratrice proposée par de Wecker.

Exostoses. — Leur nature pourra déjà fournir des renseignements ; si nous prenons par exemple les exostoses congénitales, nous les verrons croître parallèlement avec le squelette. Leur marche essentiellement lente suit le développement de l'os qui les porte et se fait sans douleur. Bien que pouvant exister seules, nous les rencontrerons le plus souvent en plus grand nombre. Mais ces renseignements ne suffisent pas et, même avec eux, il est impossible de différencier exostose et mucocèle.

Cette dernière ayant un aspect plus lisse, étant demi-transparente et prenant enfin la forme de bissac (car le tendon de l'orbiculaire la bride), nous pourrions peut-être alors la reconnaître. Si l'hésitation continuait, on ferait une ponction exploratrice. Quand on songe à la possibilité

d'une exostose, il faudra faire vider le sac de son contenu. On pourra alors sentir nettement une tuméfaction dure, plus ou moins résistante, immobile, limitée ou non à la région du sac et on conclura nettement à sa nature osseuse.

Les exostoses et périostoses étant enfin le plus souvent d'origine syphilitique, nous ne saurions trop recommander de bien interroger le malade qui peut mentir par forfanterie, intérêt, ou qui répond avec la meilleure foi du monde tout en laissant planer sur un état qu'il ne connaît pas lui-même la plus grande incertitude.

3° *Maxillaire supérieur.*

Fistules dentaires. — Une simple injection faite par l'ouverture cutanée qui simule la fistule lacrymale établira nettement la communication de la fistule cutanée et de la fistule alvéolaire. Une seconde injection, faite par les points lacrymaux, prouverait encore, en ressortant par la narine, l'intégrité absolue du sac et des voies lacrymales.

4° *Sinus frontal*

Empyème. — Des douleurs vives accusées par le malade sur le trajet des nerfs sus-orbitaire et nasal, douleurs se prolongeant longtemps, devront faire songer à une suppuration du sinus. L'écoulement fétide qui se fait par la narine peut être aussi une bonne indication.

II. SIGNES DE PROBABILITÉ

Comme nous le disions au commencement du chapitre, ces signes, fussent-ils même rencontrés au grand complet, ne devront jamais suffire pour permettre de poser un diagnostic, quelque simple que puisse être même la lésion soupçonnée. Ils devront simplement faire incliner le praticien qui doute, vers la possibilité de l'existence d'une lésion lacrymale.

Badal, en premier lieu, fait jouer un très grand rôle aux vices de réfraction.

D'après d'autres auteurs parmi lesquels nous citerons Fraënkel et Mackenzie, il y aurait une liaison entre les affections du nez et celles des voies lacrymales.

Puis c'est de Wecker qui, dans un tableau statistique, nous montre la préférence du catarrhe des voies lacrymales et, par suite, des affections qu'il entraîne, pour le sexe féminin. La dacryocystite atteindrait seulement 76 hommes pour 149 femmes; la fistule 3 hommes pour 9 femmes; la tumeur enfin 12 hommes pour 21 femmes.

La forme du nez semblerait aussi prédisposer aux lésions lacrymales. La forte saillie des os propres du nez entraînant un aplatissement latéral excessif du canal nasal, expliquerait pourquoi les maladies des voies lacrymales se rencontrent si souvent chez les israélites, dont le nez est généralement busqué.

L'hérédité serait encore enfin prédisposante et, sur 95 sujets dont 59 femmes et 36 hommes, Nieden note dans la moitié des cas 26 dacryocystites bilatérales et 18 unilatérales affectant les parents et les enfants.

Nous mentionnerons en dernier lieu la fréquence plus grande des affections lacrymales à gauche, par suite de l'inégalité du développement des deux moitiés de la face.

Et maintenant, avant de terminer, nous ne saurions trop insister sur l'importance capitale d'établir un diagnostic précis : une erreur entraînera toujours des conséquences graves; n'avons-nous pas vu, dans nos observations, ces soi-disant fistules lacrymales qui, traitées pendant trois ou six mois, ne s'améliorent pas? N'avons-nous pas vu encore, dans notre sixième observation, un ulcère syphilitique beaucoup empiré, et cela parce qu'un praticien croyant avoir affaire à une fistule du sac lacrymal a enfoncé une sonde à travers l'ulcère? Et que dire de ce malade qui, atteint d'un cancer des paupières, porte une bougie qui doit le guérir d'une dacryocystite? (Obs. VII.)

En présence de ces faits, nous espérons qu'il nous sera pardonné si, malgré notre faible expérience et notre jeune âge, nous nous permettons d'engager vivement le praticien à examiner avec le plus grand soin les lésions de l'angle interne qui viennent le trouver. Sans doute nos signes de diagnostic différentiel ne suffiront pas dans tous les cas : nous considérerons néanmoins notre but comme atteint, si nous avons réussi à mettre le praticien sur ses gardes. Que la lésion simulatrice soit en effet légère ou grave, le traitement qui lui sera exclusivement et raisonnablement appliqué respectera toujours les voies lacrymales (à moins qu'une intervention profonde n'ait été jugée nécessaire), la guérira rapidement dans le premier cas, l'atténuera dans le second. Dans aucun cas, il ne portera dommage aux voies lacrymales; dans aucun cas, il n'aggravera l'état de la lésion simulatrice.

CONCLUSIONS

I. Certaines affections du grand angle peuvent être facilement confondues avec des lésions des voies lacrymales.

II. Ces affections simulatrices sont nombreuses. Nous citerons parmi les principales :

Pour les paupières : l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire de l'angle interne, l'abcès, la fistule consécutive ; le furoncle ; l'érysipèle ; la gomme et l'ulcération syphilitiques ; le cancroïde ; les kystes prélacrymaux, sébacés et dermoïdes.

Pour l'orbite : le méningo encéphalocèle ; l'ostéopériostite de la branche montante du maxillaire supérieur, les exostoses congénitales ou syphilitiques, les périostoses.

Pour le maxillaire supérieur : la fistule dentaire.

Pour le sinus frontal : l'empyème.

III. Nous avons donné pour chaque lésion simulatrice et sa simulée des signes de diagnostic différentiel bien nets qui leur sont particuliers ; néanmoins deux signes interviendront dans presque tous les cas : la pression sur le sac lacrymal qui trahira généralement la présence du pus dans ce sac en le faisant refluer par les points lacrymaux ; l'injection par les points lacrymaux faite avec la seringue d'Anel qui, suivant qu'elle passera ou non dans la narine indiquera l'intégrité ou une lésion des voies lacrymales. L'ensemble de ces signes constituant notre catégorie des signes *de certitude* nous en avons donné une seconde, celle des *signes de probabilité* qui pourra aussi nous aider au diagnostic différentiel.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
GAYET.

Vu, bon à imprimer :
LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Baër. — Wiener medical Wochenschrift, 1876.
Béraud. — Archives générales de médecine, 1855.
Cusset. — Thèse de Paris, 1877.
Demours. — Précis des maladies des yeux, 1821, p. 212.
Desmarres. — Traité des maladies des yeux.
Dupuytren. — Gazette des hôpitaux, 1828-1829, p. 26.
Fano. — Journal d'oculistique et de chirurgie, 1875, p. 244-246.
Faussillon. — Thèse de Paris, 1890.
Ferrand. — Thèse de Paris 1873.
Jourdain. — Traité des maladies de la bouche.
Landolt. — Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux, Paris, 1877.
Larger. — Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie, Paris, 1886.
Marcanelli. — Thèse de Bordeaux, 1884.
Montaz. — Le Dauphiné médical (De l'empyème du sinus frontal).
Panas. — Traité des maladies des yeux, t. II, p. 325.
Parinaud. — Archives générales de médecine, juin 1886.
Petit. — Traité des maladies des os, t. II, p. 325.
Salles. — Thèse de Montpellier, 1886.

- Sautereau. — Thèse de Paris, 1870.
Sichel. — Annales d'oculistique, 1868.
Soulier. — Thèse de Paris, 1864.
Tavignot. — Journal de connaissances médico-chirurgicales, 1846.
Testut. — Anatomie.
Thibaudini. — Thèse de Montpellier, 1891.
Velpéau. — Gazette des Hôpitaux, 1847, n° 84.
Verneuil. — Gazette des Hôpitaux, 1876, p. 1206.
De Wecker et Landolt. — Traité d'ophtalmologie (t. I, p. 41-43 ;
t. IV, p. 81.)
The Lancet, London, 1869, p. 667.
Practitioner. — London, 1873, p. 17-24.
American Journal of Ophtalmology, 1883, n° 2, p. 33.
Annali di ottalmologia, 1888, p. 367.
Recueil d'ophtalmologie, 1872, p. 231 et 307 ; 1883, p. 443.
Archives d'ophtalmologie, 1880, p. 187 ; 1881, p. 433.
Annales d'oculistique, 1874, t. LXXI, p. 130.
Dictionnaire de médecine, Paris, 1840, p. 244-246.
-

TABLE

INTRODUCTION..	5
CHAPITRE PREMIER. — Observations	9
CHAPITRE II. — Rapports des voies lacrymales et du sac en particulier	20
CHAPITRE III. — Lésions ou affections siégeant au niveau de la commissure interne des paupières et pouvant simuler une lésion des voies lacrymales.	24
I. Paupières	25
II. Orbite	31
III. Maxillaire.	32
IV. Sinus frontal.	33
CHAPITRE IV. — Diagnostic différentiel	34
I. Signes de certitude	35
1° Paupières	35
2° Orbite	38
3° Maxillaire supérieur	40
4° Sinus frontal.	40
II. Signes de probabilité	41
CONCLUSIONS	43

